



**Kansas City**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

**Solicitud de Empleado y  
Formulario de Cambio**



BlueKC.com • One Pershing Square, 2301 Main, P.O. Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169 • 816-395-2222

**GRUPOS CON 1 A 100 EMPLEADOS**

Favor de completar todos los casilleros CLARAMENTE (en letra de imprenta) EN TINTA AZUL O NEGRA y firmar.

Si la solicitud se va a usar como Formulario de Cambio, favor de especificar la razón a continuación.

FECHA DEL SUCESO: \_\_\_\_\_ FECHA DE VIGENCIA PROPUESTA: \_\_\_\_\_  
 Nacimiento  Cambio de dirección  Divorcio  Matrimonio  Muerte  Cambio de beneficiario  Adopción/Colocación en Adopción  Alcanzar el Máximo de Beneficios de por vida  Pérdida de la Cobertura Mínima Esencial (excepto por finalización por impagos de primas o finalización con causa)  Otro (Favor de llamar a Servicio al Cliente al 888-989-8842).

**I Información del Empleado Solamente**

<b>1. APELLIDO</b>		<b>PRIMER NOMBRE</b>	<b>SEGUNDO NOMBRE</b>	<b>2. DIRECCIÓN</b>	
<b>3. CIUDAD</b>		<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>	<b>4. NÚMERO DE TELÉFONO CASA</b> <b>NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR</b>	
<b>5. SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<b>6. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>			<b>7. FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>8. EMPLEADOR</b>			<b>9. FECHA DE CONTRATACIÓN</b>		<b>10. CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA</b>
<b>11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b> <i>Blue KC puede usar esta dirección de correo electrónico para proporcionar documentos, materiales y otros avisos relacionados con esta cobertura.</i>					

**II Información sobre la Familia - Empleado y Personas a Cargo del Empleado que se van a afiliarse (agregue otra hoja si fuera necesario)**

Marcar el casillero adecuado	Nro. de seguro social	Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	EMPLEADO				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	CÓNYUGE				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	MENOR				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	MENOR				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	MENOR				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	MENOR				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

**III Selección de cobertura adicional**

**15. Tipo de cobertura dental** Si lo desea, seleccione solamente un grupo de cobertura. La disponibilidad de los productos se limita a las selecciones de su empleador.  
 Para sí mismo  Para sí mismo e hijo(s)  Para sí mismo y cónyuge  Para sí mismo y familia  
 Si su empleador eligió ofrecer un plan de cobertura total, seleccione el plan básico o el plan de cobertura total. Si no selecciona ninguno, el plan básico será el plan que se elegirá de manera predeterminada.  
 Básico  Plan de cobertura total (comprendo que al seleccionar esta opción, puede aumentar mi prima).

**16. Tipo de cobertura vida** La cobertura de la vida sólo está disponible para los empleados que trabajan un promedio de 25 horas a la semana o más. Si lo desea, seleccione "Sí", en caso contrario, seleccione "No." La disponibilidad de los productos se limita a las selecciones de su empleador. Empleador puede o no puede proporcionar a todos los montos de las contribuciones de prima para la cobertura de la vida.  
 Sí (Entiendo que esta opción puede requerir contribuciones de primas para la cobertura de la Vida de mi parte.)  
 No (Elijo renunciar a todas las coberturas de vida y no quiero hacer contribuciones de primas para la cobertura de la vida si el empleador no está proporcionando la monto de la contribución total de la prima.)

**IV Otras Compañías de Cobertura Médica (para coordinación de beneficios)**

17. El día que comience la cobertura, ¿algún miembro de la familia estará cubierto por otro seguro médico o dental o Medicare, inclusive continuación de cobertura?  
 SÍ  NO Si respondió 'sí', conteste todas las preguntas a continuación. Agregue hojas si hay más de una póliza adicional vigente.

TIPO DE COBERTURA <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Seguro Dental	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO (CÓDIGO DE ÁREA) NO. TELÉFONO	
NOMBRE DEL ASEGURADO	NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL ASEGURADO	PÓLIZA NO.

FAMILIARES CUBIERTOS

1.	2.	3.
----	----	----

18. ¿Alguno de sus hijos a su cargo están sujetos a decreto de divorcio u orden judicial?  SÍ  NO  
 Su respondió 'sí', ¿la cobertura de quién es la primaria?  La suya  La de los otros padres

19. ¿Está usted o alguna de las personas a su cargo cubierto bajo COBRA o Continuación del Estado?  YES  NO  
 Si respondió 'sí', escriba la fecha de inicio y la fecha de finalización de cobertura.  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Futura fecha de finalización: \_\_\_\_\_

**V Si usted está inscribiéndose para Seguro de Vida, favor de completar lo siguiente: (agregue otra página si es necesario)**

**Sueldo del empleado** Por Hora \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Anual \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS PRIMARIOS (Cobrarán la póliza si están vivos cuando muere el empleado):**

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL)	DIRECCIÓN	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	PORCENTAJE

El total debe equivaler al 100% = \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS SECUNDARIOS (Cobrarán la póliza si los beneficiarios primarios no están vivos):**

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL)	DIRECCIÓN	NO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	PORCENTAJE

*(Para una nueva cobertura con US Able Life, o cuando cambia un beneficiario bajo una cobertura existente, esta designación revoca toda designación de beneficiario existente que usted haya hecho.)* El total debe equivaler al 100% = \_\_\_\_\_

**VI**

**Acuerdo y Acuse de Recibo**

Yo solicito cobertura bajo el Contrato Grupal ("Contrato" de ahora en más) emitido por Blue Cross and Blue Shield of Kansas City ("Blue KC" de ahora en más) y cobertura bajo el Grupo Seguro de Vida ("Póliza" de ahora en más) emitido por USABLE Life como puede de vez en cuando ser enmendado. Autorizo a mi Empleador a deducir de mis ganancias cualquier contribución requerida. Entiendo que la cobertura bajo el Contrato y la cobertura bajo el Grupo Seguro de Vida emitido por USABLE Life estará disponible y sujeto a las exclusiones, limitaciones y beneficios aquí descritos en, según sean aplicable, el Contrato y el Seguro de Vida emitido por USABLE Life y el certificado de USABLE Life. Declaro que las declaraciones y respuestas en esta solicitud son verdaderas, completas y correctamente escritas. Entiendo que las declaraciones y respuestas que he proporcionado en esta solicitud serán la base de cualquier cobertura emitida y que la cobertura depende de la veracidad de la información. USABLE no está afiliada con Blue Cross and Blue Shield of Kansas City, no ofrece productos ni servicios de Blue Cross and Blue Shield, y es solo responsable de la cobertura del seguro de vida y invalidez.

Entiendo que si en algún momento USABLE Life determina que una persona incluida en esta solicitud no cumple con la definición de persona a cargo como dice el Contrato o la Póliza, Blue KC y/o USABLE Life tienen el derecho de terminar o rescindir la cobertura de la persona o de todas las personas no elegibles incluidas en la solicitud, y de recuperar cualquier pago por beneficios hecho a tal persona o personas no elegibles. **Además, entiendo que si intencionalmente o fraudulentamente hice una declaración falsa de un hecho material de la solicitud, hice una declaración material falsa de un hecho material sobre cualquier persona que figura en este documento, o cometí fraude en el proceso de obtención de la cobertura indicada en esta solicitud, Blue KC y/o USABLE Life tienen el derecho de suspender o rescindir la cobertura para esa persona o para todas las personas que se incluyen en la solicitud; sin embargo, ninguna declaración que yo haga anulará mi cobertura al menos que las declaraciones sean materiales al riesgo asumido y contenido en mi solicitud escrita.** Luego de que mi cobertura haya estado en vigencia durante dos (2) años a partir de la fecha de emisión, ninguna declaración excepto declaraciones fraudulentas que yo haga anulará mi cobertura médico o dental o reducirá mis beneficios. Entiendo que mis récords médicos se mantendrán en estricta confidencialidad por Blue KC y USABLE Life conforme a las leyes federales y estatales de aplicación.

**The translation is for informational purpose only; and the English version will be controlling unless the language in the other language version is shown to be a fraudulent misrepresentation.**

**La traducción está para el propósito informativo solamente; y la versión inglesa controlará a menos que la lengua en la otra versión de la lengua se demuestre para ser una mala representación fraudulenta.**

FIRMA DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE ESCRITO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



**Kansas City**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

# Employee Dental and Life Application Form



BlueKC.com • One Pershing Square, 2301 Main, P.O. Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169 • 816-395-2222

## GROUPS WITH 1 TO 100 EMPLOYEES

Please Complete All Boxes LEGIBLY (Print) IN BLUE OR BLACK INK and Sign.

If application is to be used as a Change Form, please specify event below. DATE OF EVENT: \_\_\_\_\_ PROPOSED EFFECTIVE DATE: \_\_\_\_\_

- Birth  
  Change of Address  
  Divorce  
  Marriage  
  Death  
  Adoption/Placement  
  Reaching Lifetime Benefit Maximum  
 Loss of Minimum Essential Coverage (except for termination due to non-payment of premium or termination for cause)  
 Change of Beneficiary  
 Other (Please call Customer Service at 888-989-8842).

### I Employee Information Only

<b>1. LAST NAME</b>		<b>FIRST NAME</b>	<b>M.I.</b>	<b>2. STREET ADDRESS</b>	
<b>3. CITY</b>		<b>STATE</b>	<b>ZIP CODE</b>	<b>4. HOME PHONE NO.</b> <b>WORK PHONE NO.</b>	
<b>5. GENDER</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<b>6. SOCIAL SECURITY NO.</b>		<b>7. BIRTH DATE</b>	
<b>8. COMPANY NAME</b>			<b>9. HIRE DATE</b>	<b>10. HOURS WORKED PER WEEK</b>	
<b>11. E-MAIL ADDRESS</b> <i>Blue KC may use this e-mail address to provide documents, materials, and other notices related to this coverage.</i>					

### II Family Information - Employee and Employee's Dependents to be Enrolled or Changed (attach sheet if necessary)

CHECK APPROPRIATE BOX	SOCIAL SECURITY NO.	LAST NAME	FIRST NAME	M.I.	GENDER	DATE OF BIRTH
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	EMPLOYEE				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	SPOUSE				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	CHILD				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	CHILD				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	CHILD				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	CHILD				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	

### III Ancillary Coverage Selection

**15. Dental Coverage Type** *If desired, select only one coverage group. Product availability is limited to your Employer's selections.*  
 Self  
  Self + Spouse  
  Self + Child(ren)  
  Self + Family  
*If your Employer has elected to offer a buy-up plan, select either base plan or buy-up plan. If no selection is made, the base plan will be the default plan chosen.*  
 Base plan  
  Buy-up plan *(I understand that selecting this option may increase my premium.)*

**16. Life Coverage Type** *Life coverage is available only for Employees who work an average of 25 hours a week or more. If Life coverage is desired, select "Yes." Product availability is limited to your Employer's selections. Employer may or may not be providing all premium contribution amounts for Life coverage. If you decline US Able Life coverage and elect to enroll for coverage at a later date, you may be required to submit, at your own expense, evidence of insurability to US Able Life.*  
 Yes *(I understand that selecting this option may require premium contributions for Life coverage on my part.*  
 No. *(I choose to waive all Life coverage and do not want to make premium contributions for Life coverage if Employer is not providing the full premium contribution amount.)*

LAST NAME \_\_\_\_\_

FIRST NAME \_\_\_\_\_

**IV Other Health Insurance Carrier (for Coordination of Benefits)**

17. On the day the coverage begins, will any family members be covered by other health or dental insurance, including continuation of coverage?  
 YES  NO If yes, answer all questions below. Attach sheet if more than one additional policy will be in force.

COVERAGE TYPE <input type="checkbox"/> Medical Insurance <input type="checkbox"/> Dental Insurance	INSURANCE COMPANY NAME	(AREA CODE) PHONE NO.
NAME OF INSURED	INSURED'S EMPLOYER NAME	POLICY NO.

FAMILY MEMBERS COVERED  
 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

18. Are any of your dependent children subject to a divorce decree or court order?  YES  NO  
 If yes, whose coverage is primary?  Yours  The Other Parent's

19. Are you or any of your dependent(s) covered under COBRA or State Continuation?  YES  NO  
 If yes, please provide the effective date and future termination date of coverage.  
 Effective Date: \_\_\_\_\_ Future Termination Date: \_\_\_\_\_

**V If You Are Enrolling in Life Insurance, Please Complete the Following: (attach sheet if necessary)**

**Employee's Earnings** Hourly \_\_\_\_\_ Monthly \_\_\_\_\_ Yearly \_\_\_\_\_

**PRIMARY BENEFICIARY(IES) (Will receive proceeds if living at death of Employee):**

NAME (LAST, FIRST, M.I.)	ADDRESS	SOCIAL SECURITY NO.	BIRTHDATE	RELATIONSHIP	PERCENT-AGE

Total must equal 100% = \_\_\_\_\_

**CONTINGENT BENEFICIARY(IES) (Will receive proceeds if Primary Beneficiary(ies) are not living):**

NAME (LAST, FIRST, M.I.)	ADDRESS	SOCIAL SECURITY NO.	BIRTHDATE	RELATIONSHIP	PERCENT-AGE

Total must equal 100% = \_\_\_\_\_

*(For new coverage with US Able Life, or when changing a beneficiary under existing coverage, this designation revokes any existing beneficiary designation you have made.)*

## VI

## Agreement and Acknowledgment

I request coverage under the Group Contract(s) ("Contract") issued by Blue Cross and Blue Shield of Kansas City ("Blue KC") and coverage under the Group Life Policy ("Policy") issued by USABLE Life as may from time to time be amended. I authorize my Employer to deduct from my earnings any required contributions. I understand coverage under the Contract and coverage under the Group Life Policy issued by USABLE Life will be available subject to the exclusions, limitations and benefits described in, as applicable, the Contract and the Group Life Policy issued by USABLE Life and the USABLE Life certificate. I represent that the statements and answers in this application are true, complete and correctly recorded. I understand that the statements and answers provided by me in this application shall be a basis of any coverage issued and the coverage is conditioned upon its truth. USABLE Life is not affiliated with Blue Cross and Blue Shield of Kansas City, does not offer Blue Cross or Blue Shield products or services, and is solely responsible for the life insurance coverage.

I understand that if at any time it is determined by Blue KC or USABLE Life that a person listed on this application did not meet the Contract's or Policy's definition of dependent, Blue KC and/or USABLE Life has the right to terminate or rescind coverage for that person or for all ineligible persons under the application, and to recover any benefit payments made for such ineligible person or persons. **Furthermore, I understand that if I intentionally misrepresented any of the information on the application or that if I made a material misrepresentation of a material fact about any person contained herein, Blue KC and/or USABLE Life have the right to terminate or rescind coverage for that person or for all persons under the application; however, no statement I make voids my coverage unless my statements are material to the risk assumed and contained in my written application.** After my coverage has been in force for two (2) years from the effective date, no statement except fraudulent statements I make voids my medical or dental coverage or reduces my benefits. I understand that my medical records will be maintained with strict confidentiality by Blue KC and USABLE Life in accordance with applicable federal and state laws.

**The translation is for informational purpose only; and the English version will be controlling unless the language in the other language version is shown to be a fraudulent misrepresentation.**

**La traducción está para el propósito informativo solamente; y la versión inglesa controlará a menos que la lengua en la otraversión de la lengua se demuestre para ser una mala representación fraudulenta.**

EMPLOYEE'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_

PRINTED NAME: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_